

最終講義

子ども達の未来のために —母子口腔保健と小児歯科医療の融合をめざして—

昭和大学歯学部小児成育歯科学講座

井上 美津子

○司会 多数のご来場、誠にありがとうございます。それでは、ただいまから昭和大学学会記念講演会ということで、井上美津子教授の講演会を始めさせていただきます。

恒例によりまして、井上美津子先生のご経歴を紹介させていただきます。井上先生は1974年に東京医科歯科大学歯学部をご卒業され、直ちに小児歯科学教室に入局されました。1977年、昭和大学歯学部の創立に伴い小児歯科学教室に入局され、そしてこれまでを経て2006年に昭和大学歯学部小児成育歯科学教室の教授になりました。これまでの間、学内においては2009年から6年間の長きにわたり教育委員長の重責を担われてまいりました。また、横浜市北部病院にマタニティ歯科を設置されたり、学内でも多大な活躍をされましたが、もちろん学会活動においても小児歯科学会の常務理事、日本歯科人間ドック学会の常任理事等々の重職を担われてまいりました。

本日は、「子どもたちの未来のために—母子口腔保健と小児歯科医療の融合を目指して—」という題でご講義をいただきます。どうぞよろしくお願いいたします。(拍手)

○井上 皆様、こんにちは。

本日は、私のために多数の皆様にお集まりいただき、本当にありがとうございます。私は昭和大学歯学部の創設と同時に赴任し、38年が経ちました。あつと言う間に過ぎたというところもありますし、部分的には長かったと思うところもあります。ただ、昭和大学に来ていろいろなことを学ばせていただいたという実感があります。本日は前半で私の今までの経過を少し話させていただき、後半では小児歯科がこれからどのように歩んでほしいかという話をさせていただきたいと思いますので、どうぞよろ

しくお願いいたします。

私が大学を卒業した1974年は、ちょうど子どものむし歯が非常に蔓延していた時代で、3歳児のう蝕罹患率が80～90%という時代でした。ですから当時大学の小児歯科外来にみえるお子さんは、ほとんどが重症う蝕を抱えているという状況でした。当時の母子保健でも、まずは病気を早く見つけて、早く治療に回そうというような流れでした。

そのような中で、実は予防歯科に残ろうか、小児歯科に残ろうかちょっと迷った時期もあります。子どものう蝕予防を実践したいという非常に強い気持ちもあったのですが、当時のう蝕の現状を見ますと、やはり治療もできないと困るかなということで、最初のチョイスとして小児歯科を選びました。

1974年から1977年にかけて東京医科歯科大学で小児歯科を勉強させていただきましたが、ここでは同期生が13名いて、北は北海道大学から、そして南は九州歯科大学までと、いろいろなメンバーが集結いたしました。この中には、昭和大学を2年前に退職された向井先生とか、保健所で活躍されていた足立先生とか、そして北九州療育センターで「命の口腔ケア」ということでグリーフケアをやられている武田先生とか、さまざまなメンバーが揃って、喧々諤々と3年間を過ごしたことを覚えています。その後、各々の道に分かれても、やはりさまざまな分野で皆活躍されていたので、お互いに刺激あって育ったのかなという気がいたします。う蝕の洪水の時代ですので、実際の臨床では小児のう蝕治療を中心に学びながら、同期では「これからどんな予防をしていこうか」というようなことに関する勉強会を実施していました。先輩からは「歯医者は治療をやるのが本分だ。予防は行政とか衛生士さんに任せとけばいい」というようなご意見もいただきまし

たが、私たちはどちらかという予防に関心を持ちながら診療していきたくて考えていました。

1977年に昭和大学に歯学部が創設されると同時に、佐々先生、鈴木先生、米山先生、そして私の4名が東京医科歯科大学から赴任し、あと新卒の歯科医師が6名で、新しい教室作りを始めました。平均年齢がまだ20代半ばという若いスタッフで、どんな小児歯科を作ろうかとお互いに意見を出し合いながらいろいろなことを決めていきました。翌年からは向井先生も医科歯科から赴任し、強い牽引力で私たちをリードしてくれました。

1977年6月の歯科病院開院にむけて、新しい診療システムを構築しようということで、皆で話し合ったのですが、医科歯科でできなかったことを昭和でぜひ実現したいという気持ちがありました。小児歯科は歯科衛生士が必要だということで10名の歯科衛生士を配属していただき、口腔衛生指導を中心として定期診査を組み込んだ診療システムを作りました。このシステム、この時期にはまだ画期的なもので、いろいろなところで発表させていただきました。

2年後の1979年からはフィールド活動も積極的に開始しました。1977年から1歳6か月児歯科健診が全国で始まり、大田区の糀谷保健所でも1979年から1歳6か月児歯科健診を始めるということで昭和大学の歯科病院の方に担当していただけないかという話が来て、糀谷保健所の1歳半歯科健診を子どもの小児歯科で担当することになりました。そこでせっくなので健診のデータの収集と分析を始めたとある経過があり、その結果、学会発表が第7報まで、論文は第4報まで書かせていただきました。また、1978年から向井先生が加わったことで、障害者に関するフィールドも広がっていき、障害者施設での歯科検診や調査研究が始まりました。北療育園城南分園や品川児童学園の歯科検診・歯磨き指導や、医科歯科から継続していた村山養護学校の歯科検診等を実施しました。同時に、東京都の委託研究調査として東京小児療育病院と千葉東病院の歯科検診と調査研究のほうも始まりました。こうした中で、鈴木先生（一昨年お亡くなりになりましたが）が口腔の形態成長に関する研究、向井先生が口腔機能の発達に関する研究、そして私、井上が口腔環境に関する研究というように、それぞれの役割分担が

決まってきました。

また、昭和大学におけるチーム医療の先駆けとして、昭和大学口唇裂・口蓋裂診療班（SCPT）が1980年に発足しました。医科のほうでは形成外科を中心として耳鼻咽喉科、小児科など、そして歯科のほうでも小児歯科、矯正歯科などいろいろな科が参加しての流れが作られました。現在でも年間100名近くの患者さんが歯科に来院しています。口唇裂・口蓋裂児の歯科的特徴に関しても、多数の学会発表や論文を出させていただきました。

そして小児科との連携という中では、当時の奥山教授のご専門だった未熟児（低出生体重児）に関する歯科的研究を行いたいということで、未熟児の患者さんの口腔の形態や機能の発育経過を追わせていただきました。これも学位論文の作成に繋がりました。

1987年からは東京都からの依頼で、盲・ろう・養護学校における歯・口の健康づくりの協力校になり、地域の城南養護学校を担当しました。ここでは、肢体不自由学校においては「摂食指導」と「歯磨き指導」を両輪とした歯・口の健康づくりを行うことが非常に有効だということを実証できたかと思っています。この後、いろいろな学校で歯・口の健康づくりが実施されていますが、摂食指導がその中にはっきりと位置づけられてきたのは、この実証の成果ではないかと思っています。この時お手伝いいただいたのが卒後2年目の藤岡先生や西村先生でしたが、後輩たちが非常に積極的にアプローチしてくれたのを頼もしく思いました。それに続いて、盲・ろう学校での歯・口の健康づくりを展開していき、杉並ろう学校とか久我山盲学校、品川ろう学校などを担当しました。盲やろうでは障害特性が違いますので、その特性に合わせた歯・口の健康づくりをどう進めていこうかと養護の先生達と相談しながら実施していった経過があります。

そして1990年から、少し個人的な話になりますけれど、行政の仲間とのコラボが始まりました。ファミリー・ヘルス・フォーラムといいまして、行政の医師、保健師、臨床心理士、ケースワーカーなどの多職種と、大学の小児科医、産科医、そして私が小児歯科医として加わり、毎月1回集まって母子保健を巡る今日的な課題を中心に話し合おうという会でした。ここで何回か話し合いを重ねた結果、やはり具体的な提言を出そうということで、3歳児健

診を受診した母親へのグループインタビューを行い、そこから日本の育児の構造的な問題（専業主婦の育児不安とワーキングマザーの過労）を明らかにしました。これも小児保健研究に論文を2報まで出しました。

さらに保健所における新たな調査・研究として、糍谷保健所で1歳6か月児歯科健診のフォロー研究を実施したり、葛飾保健所でおしゃぶりに関する調査をさせていただきました。また、1歳児の食生活に関する調査を、日本女子大との共同研究で実施し、まだ論文作成は継続中です。

昭和から平成にかけての最近40年間の小児保健、そして母子保健の流れは非常に大きく変化しています（図1）。少子化、核家族化、そして親世代の生活様式や価値観の変化など子どもを取り巻く社会状況が大きく変わってきています。また、IT化に伴って情報が増えたというより氾濫しているという状況です。それに伴って子どもの疾病構造もかなり変化していて、感染症が減少し、その代わり小児期からのいわゆる生活習慣病、慢性疾患が増加傾向にあるという状況です。そういう中で、母子保健の流れにも変化がみられて、1975年頃までは疾病の早期発見、早期治療が主体だったのが、1975年以降は予防中心に切り替わってきて、さらに平成になってからは育児環境の大きな変化の中で育児支援が最も重要だというような流れになってきています。

最近の育児状況の変化をみてみますと、育児情報は非常にたくさんあるけれど、その中でどの情報が自分の子どもに当てはまるものかを選択するのが難

しい時代になっています（図2）。自分の子どもに適した情報を見つけるのが難しかったり、自分の子どもの状況が示された平均像に当てはまらないと、保護者はとても不安になります。それを身近で相談する相手がいないという状況ですと、育児不安が募って虐待のリスクに繋がる可能性もあるというようことが危惧されます。ベネッセが行った0～2歳児を持つ母親1500人へのインターネット調査では、「平日、自宅で母子だけで15時間以上過ごす」という方々が22.1%、「子どもを遊ばせながら立ち話をする程度の人が身近にいない」が24.5%いらっしゃる。そして祖父母もなかなか近くにいないので、「遊んでもらうことが全くない」というのが8.1%、そして「預かってもらうことが全くない」というのも29.8%いらっしゃるという現状で、孤立した育児状況というのが浮き彫りにされています。

最近のう蝕の現状をみましても、3歳児のう蝕有病者率の推移をみると、私が大学を卒業した1974年頃は80%以上だったのが、最近では20%ぐらいになっており、都内ではもう10%台になっていて、激減という状況です。このような小児う蝕の減少の背景には社会的、医療的そして行政的ないろいろな要因が考えられますが、ただ地域差も大きく、東京や愛知、埼玉などでは常に低い数値を示しており、それに対して青森、山形などの東北地域や九州・沖縄地域はまだかなり高い数値が示されています。このような地域格差の是正が大きな課題になっているのも現状です。また、一部にはやはり重症う蝕の子どもが残っていて、この重症う蝕の背景には、昔のよ

最近40年間の小児保健・母子保健の流れの変化

- ・小児を取り巻く社会環境の変化
少子化、核家族化、親世代の生活様式・価値観の変化、情報の氾濫 など
- ・小児の疾病構造の変化
感染症の減少、小児う蝕の減少、小児期からの生活習慣病 など
- ・母子保健の流れの変化
「疾病の早期発見・早期治療」から「予防」、そして「育児支援」に

図 1

育児状況の変化

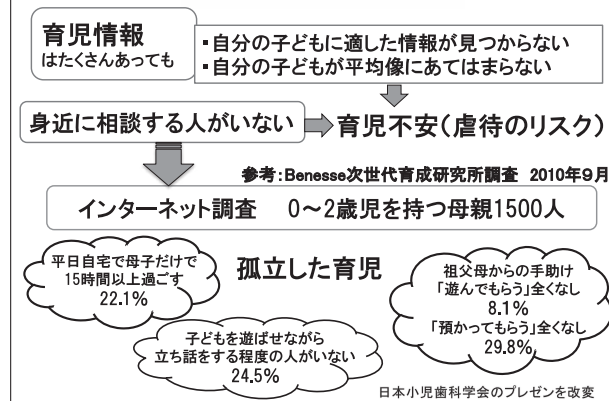


図 2

うに単純に保護者の知識不足とか食生活や歯磨きの問題ばかりではなく、生活状況全般の問題、例えば貧困とか一人親などいろいろな状況が関連していたり、また小児の発達障害とか、そして時にはネグレクトが疑われることもあり、バックグラウンドが複雑になってきたと思われます。

最近の小児の口腔保健の状況をまとめてみますと、小児のう蝕は激減しましたが、保護者のう蝕予防への関心は高い状況にあります。ただ、一部にはまだ重症う蝕の小児が残っており、この対応には単に知識を普及するだけでは済まないところがあり、多職種の連携した対応が必要になると考えられます。また保護者の関心は、「むし歯」や「むし歯予防」ばかりでなく、「歯の生え方」や「歯並び、咬み合わせ」についての関心は非常に高くなっています。そして、「口の癖」や「食べ方」などの問題についても保護者の関心は高く、歯科に来院する保護者の主訴もかなり多岐にわたっている状況です。ただ、口腔保健に関する情報は数多くあるのですが、なかなか明確なエビデンスに基づくものは少ないというのも現状です。内容が矛盾した情報が複数存在すると、保護者の混乱を招きやすいという面もあります。そういう意味では、情報が数多くあることはいいことばかりではなく、それを上手に統合して情報提供していくことも私たち専門職の役割ではないかと思われます。

そのような流れを踏まえて、小児科の3つの連絡協議会（日本小児科学会、日本小児科医会、小児保健協会）の代表のメンバーと日本小児歯科学会からの代表のメンバーが委員となって、子どもの歯や口の問題を協議する委員会、すなわち「小児科と小児歯科の保健検討委員会」が2003年に設立されました。途中から臨床心理士と管理栄養士も加わり、いわゆる子どもの保健に関するプロフェッショナルの集まりということでチャイルドヘルスプロフェッショナル（CHP）という立場に関連する問題の意見交換を行い、意見調整をして、考え方をまとめるというような活動をしてきました。そこで採り上げられた話題として、「母乳とむし歯」「イオン飲料とむし歯」「おしゃぶり」「指しゃぶり」「幼児食の進め方」「子どもの歯みがき」「子どもの間食」「舌小帯短縮症」などがあります。各々のテーマについて、小児科と小児歯科、心理、栄養の各分野から情

報や意見を出し合い、整合性がつくように見解をまとめて、正しい情報を保護者や保健関係者に伝えたいというのが委員会の目的です。いくつかご紹介させていただきたいと思います。

例えば「おしゃぶり使用の考え方」に関しては、育児環境が変化して、とくに核家族化の中で母親の育児が難しい状況になってくると、おしゃぶりの使用が非常に広まってきたという現状があります。子どもをなだめるという意味では、おしゃぶりは母親にとって大変便利なグッズです。そこに「おしゃぶりが鼻呼吸を促進する」という宣伝がかなり広まって、長時間・長期間使用させる保護者が増えてきたという話が出ました。これをどう解釈したらいいか、そしてとくに長期間使用させることの問題点はどうかということを検討するために委員会で採り上げました。私どもの小児歯科では、おしゃぶりに関する研究を保健所でかなりの期間行いましたので、そのデータも参考資料として提供させていただきました。おしゃぶりの使用に関してはもともと賛否両論がありますが、長期間の使用に関しては、問題点、とくに歯列・咬合への影響、口腔機能への影響が明らかになってきています。

私どもが葛飾保健所で行ったアンケートの結果でも、おしゃぶりの使用は1歳2か月で25%ぐらい、2歳でも16%ぐらいの子どもが継続している現状でした。おしゃぶりを使っていくことについての見解では、1歳2か月ですと、「そろそろ止めさせたい」という親もいますが、「もう少し様子をみていきたい」が一番多いという結果でした。ただ、2歳半になると、「止めさせたい」という親と「飽きるまで続けさせたい」という親に分かれました。おしゃぶりの使用と咬合関係を2歳半でみてみますと、現在使用中のお子さんの約半数に開咬がみられたという結果でした。そして使用期間と咬合関係をみても、使用期間が長くなるほど開咬の割合が高いことが明らかになりました。開咬の状態をみると、ゴムの厚み以上に上下の前歯に隙間ができますが、これは舌で押すことで歯列が開いてしまうためと考えられます。

欧米では、おしゃぶりの使用がもう1つ別の面で推奨されることがあります。SIDS、いわゆる乳幼児突然死症候群の防止のためです。SIDS防止のための10か条の6番目に「突然死を避けるためには乾燥した清潔なおしゃぶりを与える」と書かれてい

ます。確におしゃぶりをしゃぶっているとエアウェイ代わりになるわけですね。ただ、この点について小児科の先生方と検討したところ、日本では欧米と違って子どもを別の部屋や別のベッドで寝かせることは少なく、親が身近で見ていることが多いので、そういう意味では突然死の防止のためにおしゃぶりを与えなければならない状況はあまりないだろうということになりました。

そこで、小児科と小児歯科の保健検討委員会でのおしゃぶり使用の考え方としては、1歳まではおしゃぶりを使っても問題はないが、発語やことばを覚える1歳過ぎになったら、できるだけ頻度を減らしたい。そのためにはホルダーを外して、常時使用しないようにするといったのではないかと、という提言をまとめました。また、2歳半を過ぎると歯列・咬合への影響が出やすくなるため、遅くとも2歳半までに使用を中止するようにとの提言をしました。そして、使用している間も、子どもへの声掛けや一緒に遊ぶなどの触れ合いを大切にすることや、4歳以降もやめられない場合は、医科と歯科が協働して対応を考えた方がいいのではないかとまとめました。

「指しゃぶり」に関しても、各々の専門分野でかなり見解が違っており、乳幼児健診の現場では混乱が生じやすいような状況がありました。専門家によって意見が異なると、保護者は非常に不安を抱きやすいということがあります。歯科では指しゃぶりで歯列の問題が出た子どもが来院することが多いため、「出っ歯になってみっともなくなるから、指しゃぶりを早く止めさせたほうがいい」という保健指導が行われることが多かったわけです。実際、私が学生時代には指しゃぶりを「口腔悪習癖」という表現で、「なるべく早く止めさせたほうがいい癖」として教わりました。しかし、指しゃぶりに関していろいろ辿っていきますと、乳児期や幼児期の指しゃぶりというのはそれぞれに発達的な意味もあるということが分かってきたわけです。そこで子どもの発達に応じた見方をしていくと、各々の専門分野での見解に齟齬がなくなるのではないかと考えられました。また、指しゃぶりを長期継続することで、歯列・咬合の異常や口腔機能の異常を生じやすいという問題に繋がりますので、こちら辺をどう解決するかということも話し合いました。

胎生16～20週頃には胎児の指しゃぶりがみられ

るようになりますが、これは哺乳の準備行動とも考えられています。また、生後2、3か月頃の乳児の指しゃぶりは、目と手、手と口の協調運動としても、口の随意的な動きを促すという点でも、発達的な意義が大きいと考えられています。

ただし、把握反射が消失する4、5か月頃には玩具舐めや玩具しゃぶりなどの口遊びが盛んになります。指よりもっと楽しいものを口に持っていき遊ぶようになり、さらにお座りができるようになると、今度は両手を使って遊ぶようになります。指だけしゃぶっているより玩具で遊ぶ方が楽しいということになると、指しゃぶりの頻度は自然に減ってきます。このように周りから環境調整をしてあげることが重要かと思われます。そして1、2歳を過ぎて、おしゃべりで周りの人とコミュニケーションをとることで口を使い、いろいろな触れ合いや遊びで手を使うようになると、指しゃぶりの頻度はさらに減少します。このような子どもの成長の中で自然に指しゃぶりが減ってくれるのが一番いいと考えて、いろいろな提言をさせていただいています。

指しゃぶりがどういう状況のお子さんに継続するかをみていきますと、生活環境の問題と子どもの性格や発達の問題、これらがいろいろ絡んで指しゃぶりの継続を強化していると考えられますので、生活環境の改善や子どもの発達支援などが必要かと思われます。

乳歯列咬合が完成する3歳を過ぎると、指しゃぶりの継続によって歯列・咬合の問題が起りやすくなります。長期間、長時間の指しゃぶりが続いている3歳児では、すでに上顎歯列がV字になって歯列の狭窄が起こっているため、上下顎で咬合すると臼歯部の交叉咬合が生じています。こういう子どもに対しては、低年齢でも歯列・咬合の問題まで含めたアプローチが必要になってきます。また、指しゃぶりをしている子どもの、しゃぶっていない時の口元を見ますと、口唇閉鎖不全や口呼吸が多くみられます。口唇圧が前歯にかからないと、指しゃぶりによって開いてしまった歯列を元に戻す力が働かないために、上顎前歯の前突や開咬などの歯列・咬合の問題が起りやすくなります。実際に指しゃぶりが継続している4歳児では、歯列が上下に拡がって開咬が生じており、舌癖も伴いやすくなっています。口唇の閉鎖不全と舌癖が続くと、開咬もより顕著に

なります。このような指しゃぶりの口腔への影響(図3)、すなわち形態や機能への影響というものを考えて対応する必要があります。とくに口唇・舌の常態への影響としての口唇閉鎖不全や低位舌そして摂食・発音機能の異常なども考慮しなければなりません。またこのような口腔の形態や機能への影響は、乳歯列完成後はより顕著になる傾向がみられます。

そこで、小児科と小児歯科の保健検討委員会での指しゃぶりの考え方としては、生後12か月頃までの指しゃぶりは乳児の発達過程における生理的な行為なので見守っていけばいいという見解を示しました。また、1、2歳頃の指しゃぶりは、まだ子どもがことばで表現できないため指をしゃぶって自分の気分を鎮めることも大切な時期ですので、あまり神経質にならずに生活全体を温かく見守って、状況によっては対応していけばいいのではないかとしました。3歳過ぎになると、歯列・咬合への影響も出てきやすく、子どもの生活状況との関連も深くなってきます。そこで、生活リズムを整えてあげるとか、外遊びでエネルギーを発散させるとかして、頻度を減らしていくような対応が必要であろうとし、また昼間長時間続くような場合とか、一度止めた指しゃぶりが再発した場合には、さらに積極的な対応が必要になると纏めました。学童期になっても指しゃぶりが継続している子どもに関しては、心理的な対応も含めた専門家の連携による対応が必要かと考えました。

検討委員会の最後の話題としまして、「舌小帯短

縮症」の問題があります。舌小帯に関しては、私も小児歯科外来にも「手術をした方がいいと言われたのですが、本当に必要ですか」と相談に来る保護者が多くみられます。検討の理由としては、舌小帯短縮症については、母乳育児のために早期に手術を推奨する意見があったり、歯科では摂食や発音などの機能的な問題から手術を勧める流れもある一方で、短縮だけなら手術の必要はないのではという考え方もあるため、子育てや医療の現場では混乱が生じやすい状況でした。

舌小帯短縮症の問題と背景をみていきますと、小児科の方では母乳を吸いやすくするために新生児の舌小帯に小切開を入れるということは古くから習慣的に行われてきたようです。しかし現在では見直され、その必要性はほとんどないと考えられています。また、小児科学会で舌小帯短縮症手術調査委員会が設けられ、検討された経緯があります。これは舌小帯の短縮が突然死や身体発育に非常に大きな影響を及ぼすということで、短縮があればできるだけ早く手術をした方がいい、しかも舌癒着症という表現で舌根の深いところから手術をしなければいけないという耳鼻科医のグループがいたためです。このため小児科学会で調査委員会を開いて検討した結果、突然死などと関連させて早期に手術を行うことの医学的根拠はないという結論になりました。ただ、これは舌小帯短縮症に関してのことであり、舌強直症とか舌癒着症というように舌がまったく動かないようなケースは手術対応になるかと思います。

歯科の方では咀嚼障害や構音障害と舌小帯の短縮を関連付けて手術を勧めることがあり、通常は4、5歳頃の手術が多いのですが、中には非常に早い時期に手術を勧める歯科医師もいるため、これも少し問題として採り上げられました。

舌小帯短縮症と哺乳の関係をみますと、以前は哺乳がうまくできない乳児に舌小帯の手術を勧める助産師さんが結構多くみられて、耳鼻科のほうに手術が依頼されてきたという経緯があります。今ではそういう流れもだいぶ変わってきていて、まずは子どもには吸啜の練習、それから母親には子どもが吸着しやすいようなポジションニングの指導を行って、それでも哺乳がうまくいかない場合に手術の適応にするという方針のようです。また欧米では、舌小帯短縮による哺乳障害に手術は有効だったという論文

指しゃぶりの口腔への影響

口腔の形態への影響

- ・歯列・咬合の異常(上顎前歯唇側傾斜、開咬など)
- ・顎発育への影響(上顎前突など)

口腔の機能への影響

- ・口唇・舌の常態への影響(口唇閉鎖不全、低位舌など)
- ・摂食機能(捕食、咬断、嚥下)の異常
- ・発音機能の異常

* 口腔の形態や機能への影響は、乳歯列が完成する3歳を過ぎると顕著になりやすい

図 3

が最近出されており、英国の NICE は限られたエビデンスではあるがという前提で、「手術は哺乳障害を改善する可能性がある」という結論を出しています。

歯科では、舌小帯の短縮があると舌の前方への動きや挙上が困難なため、発音や摂食の障害がみられることがあり、障害が顕著な場合は手術の必要があると判断されますが、低年齢では機能障害の診断が難しいところがあります。

そこで、保健検討委員会の舌小帯短縮症の考え方としては、乳児の舌小帯短縮症は哺乳障害の主たる原因とは考えられていないため手術の必要はないという見解が出されました。また、3歳頃までは口腔機能の発達が完了していないため、舌小帯の短縮がみられても手術の必要性はなく経過観察を行うという見解になっています。そして、幼児期後半で舌小帯短縮症があって、発音などの機能障害を認めた場合には、機能訓練や構音治療を行いながら手術の必要性を検討し、実際に手術を行えばいいという見解になりました。ただ、舌小帯短縮による発音の問題などが子どものいじめや劣等感の原因と考えられる場合には、早期の手術を検討する必要があるということも付け加えてあります。

最後に、私どものマタニティ歯科の紹介をさせていただきます(図4)。このマタニティ歯科・赤ちゃん歯科も昭和大学小児歯科における医科・歯科連携の一部です。これは2012年に昭和大学の横浜市北部病院に助産師中心の出産施設(マタニティハウス)が新設された際、妊婦さんに対する歯科からのアプローチの要請があり、歯科病院の小児歯科、北

部病院の歯科・歯科口腔外科、北部病院産科の助産師、看護師、事務系などのメンバーで合議して、マタニティ歯科を立ち上げました。そして、妊婦さんの歯科学級・歯科健診とともに出産後の母子に対する歯科学級も計画いたしました。2012年9月からマタニティ歯科学級・歯科健診を開始し、2013年8月からは赤ちゃん歯科学級の方も開始いたしました。

1回目のマタニティ歯科学級は集団指導で、「健やかな出産と赤ちゃんの成育のために」というテーマのもとに、妊娠中の生活習慣とう蝕・歯肉炎のリスクや女性ホルモンの増加と口腔症状との関係、口腔ケアなどの話をさせていただき、それに歯科治療が必要になった場合に妊婦さんが心配しやすい薬剤の服用やエックス線撮影、歯科麻酔の話も加えています(図5)。歯科学級時のアンケートをみますと、喫煙や飲酒と早産・低体重児出産の関係は70%以上の方が知っていましたが、最近母子健康手帳に記載されるようになった「中等度・重度の歯周病と早産・低体重児出産の関係」については、知っている方が35%とまだ認知度が低い状況でした。

2回目のマタニティ歯科健診では、口腔内診察と口腔内状況の説明をさせていただき、そして必要に応じてセルフケア指導を行っています。要治療と判断された方には、かかりつけの歯科があればそちらで治療してもらうか、連携歯科医院で治療をしていただく、また治療に不安があるという方には北部病院の歯科で治療をしていただくという流れにしました。実際にマタニティ歯科健診を受診した妊婦さんの流れをみると、要治療とされた方は41%でした

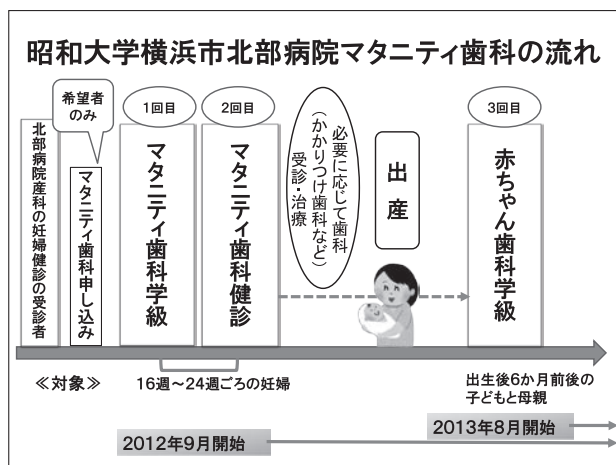


図 4

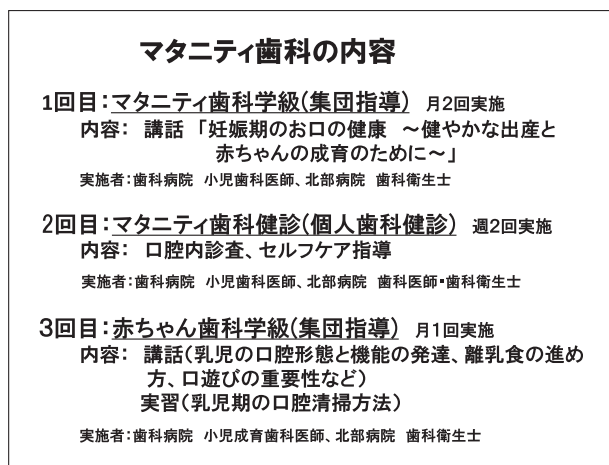


図 5

が、その多くは歯科受診をしており、中でもかかりつけ歯科医院で治療を行ったという方が多くみられました。要治療といわれたが治療には行かなかった方は6%いましたが、その多くは体調不良のためでした。

3回目の赤ちゃん歯科学級は、マタニティ歯科学級・歯科健診からほぼ1年後で、生後6～8か月の赤ちゃんを連れてきていただき、母子で参加していただきます。最初はパネルを使って乳歯の生え方や離乳の進め方などの講話をさせていただき、それから歯科衛生士が主体になって口腔ケアの話と実技指導をします。指導後の質疑応答もかなり盛り上がります。

このような流れを経まして、2015年4月からは江東豊洲病院でもマタニティ歯科を開始予定です。

今までご紹介したことを含めて、これからの小児歯科について私としましては「口腔の健康支援を通して、子どもたちの未来を支える小児歯科」になってほしいと考えております。最初のタイトルで出しました「母子口腔保健」と「小児歯科医療」は、基本的には目的が異なるところがあります。ただ小児歯科という枠で考えた時に、この保健と医療は表裏一体のところがあり、単に治療をすればいいというわけではなく、保健をベースに医療を行う必要があります。それで医療からまた保健に戻るということで表裏一体的な対応でないと、子どもの口腔の健康管理というのは難しいと思われます。そういう意味で、保健と医療の融合はとても重要な課題だと思います。

ます。

そして、健康寿命を延伸させるためにも目指すは小児期からのよりよい生活習慣の確立ということで、歯科からも食育や口腔ケアなどのアプローチを通して、全身と口腔の健康をサポートするような体制を確立することが大切です。今よく「マイナス1歳からのう蝕予防」とかいられていますが、やはり妊娠期からの継続的な健康支援が必要で、マタニティ歯科、赤ちゃん歯科から継続的な口腔管理に繋げていく流れがうまくできてくれればよろしいかなと考えております。

少し駆け足でしたが、私の個人の経過から小児科と小児歯科の連携、そして昭和大学の中での医科との連携などを話させていただきました。ご清聴ありがとうございました。

○司会 井上先生、どうもありがとうございました。小児についていろいろな問題を先生は臨床の立場からデータを蓄積され、その問題点を解明しようとし、さらにそれに対しての改善策まで考え、その後はマタニティ歯科として小児だけではなくて、その前からもやる。最後の話を聞くと、それが先生そのものの歯科に対する非常に熱い思いを感じました。どうもありがとうございました。（拍手）今月でご退官されますけれども、お話によると病院あるいは国の機関でさらにますますご活躍されることのようなので、どうぞ頑張ってください。今日はどうもありがとうございました。